Zur Kasuistik

der

Leberabscesse im Anschluss an Perityphlitis.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

hohen medizinischen Fakultät

der

K. Bayer. Friedrich-Alexander-Universität Erlangen

vorgelegt von

Gustav Wollner,
prakt. Arzt in Fürth.

Tag des Colloquiums: 27. Oktober 1903.

FUERTH
L. Lions Buchdruckerei
1903.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549826_0010

Zur Kasuistik

der

Leberabscesse im Anschluss an Perityphlitis.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

hohen medizinischen Fakultät

der

K. Bayer. Friedrich-Alexander-Universität Erlangen

vorgelegt von

Gustav Wollner,
prakt. Arzt in Fürth.

ACAD. LAND. BAT. BIBL.

Tag des Colloquiums: 27. Oktober 1903.

FUERTH
L. Lions Buchdruckerei
1903.

Gedruckt mit Genehmigung der hohen medizinischen
Fakultät der Universität Erlangen.

Referent: Herr Professor Dr. Graser.
Dekan: Herr Professor Dr. Rosenthal.

Die Blinddarmentzündung — Appendicitis, Epityphlitis —, deren Wesen und Bedeutung erst in den letzten 2 Jahrzehnten richtig erkannt worden ist, zählt zu den in ärztlichen und Laienkreisen am meisten gefürchteten Krankheiten; denn man hat genugsam kennen gelernt, welche Gefahren sie in sich birgt, und wie tückisch ihr Auftreten und Verlauf zu sein pflegt. Plötzlich und unvermittelt setzt sie ein, und befällt Leute, die vorher noch den Eindruck von vollständiger Gesundheit und Kraft gemacht haben. Auch ihr Verlauf ist voll Tücken. Die scheinbar leichten und gutartigen Fälle verwandeln sich plötzlich in schwere und gefahrdrohende. Und auch in den Fällen, in denen der Arzt durch rasches Eingreifen ihre Gefahren beseitigt zu haben glaubt und auf Grund des Operationsbefundes sich froher Hoffnung hingibt, wird er plötzlich durch weitere Komplikationen in Unruhe und Sorge versetzt.

Mit zu den schwersten Komplikationen gehören die Leberabscesse. Ich habe während meiner Assistentenzeit in der Privatklinik des Herrn Dr. Carl Koch in Nürnberg einen solchen Fall zu beobachten Gelegenheit gehabt; derselbe schien mir viel Interessantes zu enthalten und halte ich deshalb eine ausführlichere Mitteilung desselben für angebracht. Herr Dr. Koch hat eine kurze Mitteilung des Falles schon im ärztlichen Verein in Nürnberg in einem Vortrag über Appendicitis und Leberabscess gebracht. *)

*) S. Münch. med. Wochenschr. Nr. 44. Protokoll der Sitzung des ärztl. Vereins Nürnberg am 16. Okt. 1902.

Die Krankengeschichte ist folgende:

B., 40—50 Jahre alt, Telegraphenwerkführer, verunglückte am 9. April 1901 dadurch, dass ihm ein Telephonständer auf den Leib fiel. Er zog sich neben anderen Verletzungen eine Kontusion in der Ileocoecalgegend zu, die sich durch Blaufärbung und Schmerzen äusserte. Dieselbe ging bald zurück, doch hat seitdem ein Gefühl von Völle im Leib und ganz geringe Schmerzen in der verletzten Gegend bestanden. In der Nacht vom 15. auf 16. August 1902 ist dann Patient plötzlich erkrankt mit Frost und Fieber und Schmerzen in der Blinddarmgegend. Einige Tage hatten schon mässige Leibschmerzen bestanden. Objektiv war nur eine geringe Auftreibung des Leibes und eine heftige Druckempfindlichkeit am Mac Burneyschen Punkt nachzuweisen. Am 22. August trat plötzlich ein Schüttelfrost auf, sowie Schmerzen in der Magengegend. Die Schmerzen bestanden weiter und lokalisierten sich allmählich in der Lebergegend. Auch die Schüttelfröste wiederholten sich von nun an täglich, oft traten 5 an einem Tage auf. Das Fieber war remittierend, die Temperatur betrug morgens 37—38°, abends meist über 40°.

Status praesens: (30. September 1902). Sehr stark abgemagerter, blass aussehender Mann. Hautfarbe bleich, jedoch nicht ikterisch. Zunge trocken, braun verfärbt. Kein Erbrechen oder Aufstossen. Der Leib ist nicht aufgetrieben, ergibt überall normalen Perkussionsschall. Die Leber reicht bis in Nabelhöhe nach abwärts, ist ziemlich druckempfindlich. Andauernde Schüttelfröste; Temperatur 37,9°; Puls klein, etwa 110 in der Minute.

Es wird die Laparatomie beschlossen.

Operation: (1. Oktober früh 8 Uhr) Chloroformnarkose. Schnitt am äusseren rechten Rectusrand, dem am oberen Ende ein zweiter nach aussen zu rechtwinklich aufgesetzt wird. Die Leber liegt blaurot verfärbt vor, ist stark vergrössert und überragt die Gallenblase etwa 3 Finger

breit. Verwachsungen oder sonstige frische Entzündungserscheinungen sind weder an der Leber, noch an der Gallenblase vorhanden, die letztere zeigt nur einige strangförmige Verwachsungen mit dem Netz. Die Leberoberfläche ist entsprechend der Mamillarlinie am Rippenbogen in etwa Fünfmarkstückgrösse vorgewölbt. Die Anschwellung fühlt sich weich, elastisch an, und zeigt in der Mitte eine dellenförmige Einsenkung. Um die Delle herum zeigen sich einzelne gelbliche Punkte, als ob Eiter durchschimmere. Bevor die Probepunktion vorgenommen wird, wird auf allen Seiten ein guter Abschluss der freien Bauchhöhle bewerkstelligt, durch Abstopfung mit Jodoformgaze und teilweises Einnähen der Gallenblase. Aus der letzteren kann nur normale Galle entleert werden, während aus dem Tumor einige Tropfen dicken gelben Eiters ausgesogen werden. Die Spaltung dieses Tumors wird verschoben, bis sich schützende Verklebungen gebildet haben.

Am nächsten Tage ist Patient sehr verfallen; wiederholt treten Collapszustände mit heftigem Schweissausbruch ein. Temperatur morgens 38.5°, abends 37.8°, Puls kaum fühlbar, 90—100, Atmung 40—50 in der Minute. Zunge sehr trocken und rissig. Kein Erbrechen, kein Aufstossen; auch keine Schüttelfröste mehr. Zweimalige Kochsalzinfusion von 1 l. Darauf geringe Besserung. Am 3 Okt. erfolgt der Exitus im Collaps.

Die Obduktion ergibt folgendes:

Gut haselnussgrosser perityphlitischer Abscess, nach allen Seiten völlig abgedämmt, dicken rahmigen Eiter enthaltend. Der Wurmfortsatz liegt in demselben. Etwa 2 cm von seiner Spitze basalwärts zeigt derselbe eine völlige Trennung seiner Continuität infolge Gangrän. Steine wurden nicht gefunden.

Das übrige Peritoneum ist normal. Die Leber ist etwa um das Doppelte vergrössert, die ganze untere Hälfte des rechten Lappens fühlt sich weich, elastisch an. In der Mitte dieses Gebietes wölbt sich der bei der

Operation gefundene Tumor vor. Der senkrechte Schnitt durch die Mitte des rechten Leberlappens führt an dieser Stelle in einen gänseeigrossen Abscess, gefüllt mit rahmigen Eiter. Ein weiterer ziemlich gleichgrosser Abscess liegt weiter nach oben, in der Nähe des stumpfen Leberrandes. Im übrigen ist die ganze Schnittfläche übersät mit kleineren Abscessen von Haselnussgrösse bis zur Grösse eines kleinen gelben Punktes. Alle diese Abscesse waren der Verzweigung der Pfortadergefässe entsprechend gelagert, sie liessen sich genau als von der letzteren ausgehend erkennen. Auch im linken Lappen befand sich ein haselnussgrosser Abscess.

Die Gallenblase enthält nur Galle und etwas Gries; keine Steine.

Nieren normal, Milz um die Hälfte vergrössert, keine Metastasen.

Herz sehr schlaff und welk, mässig vergrössert. Muskulatur blass, atrophisch. An der Mitralis einige alte Auflagerungen. Sonst nichts Abnormes.

An den Lungen alte pleuritische Verwachsungen. Beide Spitzen verkalkt. Ebenso einige bronchiale Drüsen.

Wir haben es also hier zu tun mit einem Fall von hochgradiger Vereiterung der Leber bedingt durch einen perityphlitischen Abscess. Dieser Zusammenhang war intra vitam nicht so recht klar geworden. Überhaupt bot die Diagnose grosse Schwierigkeiten.

Die ersten Erscheinungen, welche sich geltend machten, wiesen wohl auf das Vorhandensein einer Blinddarmentzündung hin, indem in der Nacht vom 15. auf 16. August die heftigsten Schmerzen in der Blinddarmgegend unter Frost und Fieber auftraten, nachdem schon einige Tage zuvor Leibschmerzen bestanden hatten. Vom behandelnden Arzt wurde mässige Auftreibung des Leibes und starke Druckempfindlichkeit in der Ileocoecalgegend, aber weder Dämpfung noch eine Resistenz in dieser Gegend konstatiert. Diese Erscheinungen hielten nur wenige Tage an, bis dann am 22. und 23. ein

heftiger Schüttelfrost mit Brechreiz und Schmerzen in der Magengegend auftraten. Von da an blieben die Schmerzen mehr in der Magengegend lokalisiert, es gesellten sich zu ihnen auch Schmerzhaftigkeit in der Lebergegend unterhalb des rechten Rippenbogens. Die Leber liess allmählig eine immer stärker werdende Vergrösserung erkennen. Durch dieses Hinzutreten der Schmerzen in der Lebergegend wurde die Diagnose, die ja wahrscheinlich wohl zu der Annahme einer Blinddarmentzündung geführt hätte, schwankend, um so mehr als die Schmerzhaftigkeit in der Blinddarmgegend ja bald verschwand und der objektive Befund an derselben ein negativer war. Es wurde vielmehr die Aufmerksamkeit auf die Magen- und Lebergegend gelenkt und es neigte die Diagnose der behandelnden Ärzte, wenn auch nicht mit Bestimmtheit, so doch mit grosser Wahrscheinlichkeit dahin, dass es sich um ein Gallensteinleiden handle, das allerdings schon zu Komplikationen schwerer Art geführt habe. Für das letztere sprachen die häufig sich wiederholenden Schüttelfröste und die zunehmende Vergrösserung der Leber. Auffallend war allerdings das Fehlen von Icterus; doch wurde dadurch trotzdem eine eitrige Entzündung der Leber, hervorgerufen durch Gallensteine, nicht absolut ausgeschlossen.

Als der Kranke in unsere Behandlung kam, machte sich von den Erscheinungen einer Blinddarmentzündung sicherlich gar nichts mehr geltend. Dagegen machte die starke Vergrösserung der Leber im Zusammenhang mit der auffallenden remittierenden Fieberbewegung, bei der der Anstieg so hoch und der Abfall so tief war, und der grossen Prostration des Kranken es ja ausserordentlich wahrscheinlich, dass es sich um eine eitrige Entzündung der Leber selbst handle, als deren Ursache vielleicht ein Gallensteinleiden in Betracht käme. Die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Leberabscess fand dann auch bei der Operation ihre Bestätigung; allerdings schien die Gallenblase nicht schuld zu sein. Wenn auch Verwachsungen

mit dem Netz sich zeigten, so wies sie doch keine frische Entzündung auf. Auch die Probepunktion ergab nur normale Galle als Inhalt; ebenso waren Steine nicht zu fühlen. Da die Gallenblase sich also als nahezu normal ergab, so musste zunächst die Entstehung der Leberabscesse unaufgeklärt bleiben. Erst die Sektion stellte die eigentliche Entstehungsursache fest, indem sie eine, wenn auch nur gering ausgedehnte, Blinddarmentzündung aufdeckte. Freilich war aber diese Entzündung nicht unschuldig, da der Wurmfortsatz zum grössten Teile sich zerstört zeigte. Derselbe lag in einer vollkommen abgeschlossenen Abscesshöhle, die dicken, rahmigen Eiter enthielt. Die Wandungen derselben waren fest, schiefriggrau aussehend. Der Appendix selbst war in seiner Mitte gangränös eingeschmolzen, das periphere Stück lag frei in der Abscesshöhle.

Wenn nun auch so durch die Sektion es als unzweifelhaft angesehen werden muss, dass die Wurmfortsatzeiterung die Grundursache der Lebervereiterung bildete, so wurde doch leider bei der Sektion unterlassen, die Vena portae in ihrem Stamm und in ihren Wurzeln genauer zu verfolgen.

Von grossem Interesse war der Operationsbefund, der einen Einblick in das Verhalten der entzündeten Leber tun liess. Man sah die blaurot verfärbte Leberoberfläche, die kleine Eiterherde durchschimmern liess, sowie den fühlbar verdickten unteren Leberrand. Ein Abscess zeigte sich deutlich vorgewölbt, seine Mitte war dellenartig eingedrückt. Ebenso wie die Autopsie in vivo war auch die post mortem sehr interessant, die ausser der Erkrankung des Wurmfortsatzes das Bild der Leberabscesse in schöner Weise zeigte. Man sah zwei grosse Hohlräume ausgefüllt mit dickem, rahmigem Eiter, und ausser ihnen noch eine Unmasse von kleinen bis kleinsten Abscesschen, die alle genau ihren Ursprung erkennen liessen. Sie waren alle um die Verzweigungen der Vena portae herum angeordnet, und liessen so ein deutliches Bild der Pylephlebitis erkennen.

Nachdem nun ein Leberabscess diagnostiziert war, und ein Tumor deutlich gefühlt werden konnte, fragte es sich, was therapeutisch geschehen sollte. Wohl liessen die häufig auftretenden Schüttelfröste von einem operativen Eingriff wenig Erfolg erhoffen. Aber gerade sie waren es, welche dazu drängten, den immer deutlicher werdenden Tumor in Angriff zu nehmen; denn von der Entleerung des Abscesses allein, wenn es sich vielleicht um einen solitären Abscess gehandelt hätte, wäre eine Rettung zu hoffen gewesen. Es wurde deshalb sogleich die Operation durch Freilegung zunächst der Gallenblase, dann der Leber in grösserer Ausdehnung ausgeführt. Auffallend war bei der Operation, dass von seiten des Peritoneums nur sehr wenige Erscheinungen vorhanden waren; es entleerte sich nur eine geringe Menge seröser Flüssigkeit, aber frische Adhäsionen oder Beschläge waren nicht vorhanden. Aus diesem Grunde wurde auch eine primäre Eröffnung der vorliegenden eiterig entzündeten Leberpartie unterlassen, sondern nur ringsum dieselbe abgestopft und eine zweizeitige Operation in Aussicht genommen. Leider kam es nicht mehr zur Ausführung der sekundären Eröffnung, da der Kranke am Tage nach der Operation verstarb.

Irgend welche besonderen Erscheinungen sind nicht mehr aufgetreten; es haben im Gegenteil die Schüttelfröste sistiert, und auch die Temperatur ist ziemlich heruntergegangen. Der Patient ist jedoch immer mehr verfallen und unter wiederholten Collapszuständen gestorben.

Was diesen Fall besonders auszeichnet, ist

1. die Schwierigkeit der Diagnose, an welcher hauptsächlich die Geringfügigkeit der perityphlitischen Erscheinungen schuld hatte,
2. war es der interessante Befund bei der Operation, und
3. der Obduktionsbefund, der die ganze Ausdehnung der Erkrankung erst vor Augen führte.

Im Anschluss an diesen Fall sei mir nun noch gestattet, dasjenige aus der Literatur, welches sich mit

dem Zusammenhang zwischen Leberabscess und Perityphlitis befasst, noch zu erwähnen.

Was zunächst den Zusammenhang von Perityphlitis und Leberabscess betrifft, so ist derselbe schon lange bekannt. Fürbringer z. B. führt die Blinddarmentzündung als die Hauptquelle der Leberabscesse in unseren Gegenden an. Auch Sonnenburg weist auf die Häufigkeit des Zusammenhangs der Leberabscesse mit Appendicitis hin. Ebenso Tillmanns, Schmaus, König, Langenbuch. Achard betont noch besonders den Umstand, dass sehr häufig die Fälle von Blinddarmentzündung, die zur Bildung von Leberabscessen führen, äusserst leicht und oft fast symptomlos verlaufen. Das letztere tut auch Dieulafoy, der den Namen Foie appendiculaire für den perityphlitischen Leberabscess zum Unterschied von den anderen vorschlägt.

Die Diagnose der Leberabscesse wird allseitig als eine schwierige bezeichnet. Tillmanns bezeichnet ihre Erscheinungen als sehr verschiedenartig, ihren Verlauf bald als sehr akut, bald als schleichend. Vor allem sind nach ihm Schmerzen in der Lebergegend vorhanden, die nach der rechten Schulter ausstrahlen; ausserdem soll Lebertumor, Druckempfindlichkeit, Verdauungsstörungen und Icterus bestehen. Das Fieber sei gewöhnlich continuierlich hoch, namentlich bei den akut verlaufenden Fällen, während bei den chronischen meist remittierendes Fieber mit Schüttelfrösten vorhanden sei. Auch oedematöse Anschwellung der Bauchdecken sei manchmal vorhanden. Die Diagnose zwischen einfachen und multiplen Abscessen sei sehr schwer, der erstere habe meist einen mehr chronischen Verlauf und lasse sich in der Regel physikalisch nachweisen; jedoch lasse sich eine sichere Entscheidung meist erst durch die Operation fällen.

Aehnlich spricht sich König aus. Auch er weist auf die Verschiedenartigkeit des Verlaufs der Leberabscesse hin. Er bezeichnet den Icterus und die remittierende Art des Fiebers als selten, dagegen den Schulterschmerz als charakteristisch. Die Lebervergrösserung erkennt er

ebenfalls als typisch an, doch sei ihr Nachweis manchmal schwierig, namentleih bei Entwicklung des Abscesses nach der Brusthöhle zu.

Strümpell erklärt es ebenfalls für schwierig, ein abgeschlossenes Bild des Verlaufes der Leberabscesse zu geben. Hauptsächlich legt er Wert auf die Lebervergrösserung und die intermittierende Art des Fiebers, verbunden mit Schüttelfrösten, wobei er jedoch betont, dass in manchen Fällen von abgekapselten chronischen Abscessen das Fieber ganz fehlen kann. Ebenso kann die Schmerzhaftigkeit oft fehlen. Icterus, Singultus, Erbrechen sind nach seiner Ansicht die selteneren Erscheinungen. Manchmal sollen auch schwere nervöse Zufälle eintreten.

Loison macht an der Hand eines Falles, der weiter unten beschrieben ist, auf die Wichtigkeit der Radioskopie für diagnostisch schwierige Fälle aufmerksam.

v. Oefele dagegen empfiehlt in schwierigen Fällen die Probepunktion und tritt für eine möglichst ausgiebige Benutzung der Pravazspritze zu diagnostischen Zwecken ein.

Auch in therapeutischer Beziehung empfiehlt er die letztere, indem er die Gefahrlosigkeit einer wiederholten Punktion, Aspiration und Auswaschung bis zum Nachlassen der Erscheinungen hervorhebt. Im übrigen wird als günstigste Therapie von allen Chirurgen die möglichst frühzeitige Operation befürwortet, teilweise von vorne, teilweise von hinten her, eventuell unter Resektion einer oder mehrerer Rippen.

Die Zahl der veröffentlichten Fälle von Leberabscess, die mit Perityphlitis in Zusammenhang stehen, ist keine sehr grosse. So fanden Edwards und Water unter 699 Fällen von Leberabscess nur 18 mal die Blinddarmentzündung als Urheberin. Severin hat unter 18 Fällen 3 mal Appendicitis als Grundursache gefunden. Unter 53 von Friedmann zusammengestellten sind 5 von Perityphlitis ausgehende.

Im Anschluss daran möchte ich die Fälle, die ich in der mir zur Verfügung stehenden Literatur fand, kurz anreihen.

2 Fälle von Reinhold finden sich in der Friedmann-schen Aufstellung.

Im ersten handelt es sich um ein 16½jähriges Mädchen, das nach einem Diätfehler plötzlich mit Fieber und Schüttelfrösten erkrankt war. Erbrechen und Leib schmerzen, sowie intensive Kopfschmerzen gesellten sich bald hinzu. Von einer Erkrankung in der Coecalgegend war weder objektiv noch subjektiv etwas festzustellen, dagegen waren schliesslich als einziger objektiver Befund Milzvergrösserung und Lebertumor festzustellen. Nach 1 Monat starb Patientin. Die Sektion ergab einen etwa haselnussgrossen Abscess, in den der untere Teil des Wurmfortsatzes hineinmündet. Die Leber war durchsetzt mit multiplen Abscessen, die Vena portae war durch erweichte Thromben am Hylus vollständig verschlossen.

Der zweite Fall betrifft eine 25jährige Frau, die vor 12 Tagen mit Frost und nachfolgender Hitze erkrankt war. Sie klagte über starke Leibschmerzen, objektiv war nur Milzschwellung nachzuweisen. Später stellten sich Schüttelfröste, sowie atypisch remittierendes Fieber ein. Die Milzschwellung nimmt zu, allmählich zeigt sich auch eine stärkere Leberschwellung. Nach 100 Tagen erfolgt der Exitus.

Die Sektion ergab neben einer doppelseitigen Pleuritis und einer stärkeren Bronchektasie, die Leber mit sehr zahlreichen kleineren und grösseren um die Pfortaderverzweigungen gelagerten Abscessen durchsetzt. Der obliterierte Wurmfortsatz ist in einen durch Netzknäuel abgeschlossenen Abscessherd eingebettet.

Bettelheim berichtet über einen 38jährigen Patienten, der vor 24 Jahren in einer Malariagegend ein mehrmonatliches Fieber durchgemacht hatte. Vor 5 Wochen plötzliche Erkrankung mit Schüttelfrost und Fieber, galligem Erbrechen; die Leber und die Milz waren vergrössert.

Nach einigen Tagen liess das Fieber nach, doch stellten sich fast fortwährend Diarrhoen, sowie Icterus ein. Der Tod erfolgte an einer hypostatischen Pneumonie.

Die Sektion ergab mehrfache Leberabscesse, eine abgelaufene Perityphlitis und schwielige Verwachsungen um den Proc. vermiform, an dem das periphere Ende als haselnussgrosse Cyste abgeschnürt war, nebst mehreren Narben in seiner Schleimhaut und Wandung.

Einen in Heilung durch Operation ausgegangenen Fall veröffentlicht Fränkel. Ein schon zweimal an Perityphlitis erkrankt gewesener Mann war am 25. V. 91 abermals an Blinddarmentzündung erkrankt. Nach 5 Tagen stand er auf und wurde 2 Tage später von heftigen Schüttelfrösten befallen, die sich in den nächsten Tagen häufig wiederholten. Die Untersuchung ergab leichten Icterus und geringe Vergrösserung der Leber. Die Diagnose wurde auf embolische Leberabscesse gestellt, doch ergab erst die zweite Probepunktion Eiter. Es wurde dann nach einer Rippenresektion die Leber selbst nochmals punktiert und der Eiter entfernt. Die Heilung erfolgt nach längerer, durch lange Fieberbewegung hingezogenen Rekonvalescenz.

Körte berichtet folgenden Fall:

Ein 29jähriger Arbeiter ist vor 20 Tagen mit starken Kreuzschmerzen erkrankt. Seit 10 Tagen sind auch Schmerzen auf der rechten Bauchseite vorhanden. Die Untersuchung ergibt rechtsseitiges Plauraexsudat aus trüber, streptokokkenhaltiger Flüssigkeit bestehend. Der untere Leberrand ist 3 Querfinger unterhalb des Rippenbogens fühlbar. Auch hier ergibt die Probepunktion Eiter. Daraufhin wird incidiert, jedoch es erfolgt keine Besserung, das Fieber bleibt bestehen. Nach 5 Wochen stirbt der Patient.

Die Sektion ergibt den Abscess im rechten Leberlappen ziemlich geheilt, ebenso den subphrenischen Abscess. Ein abgekapselter Abscess findet sich zwischen Rectum und Blase. Coecum und Wurmfortsatz, welcher eine durch

einen bohnengrossen Kotstein ausgefüllte Perforation zeigt, sind in schwieliges Gewebe eingebettet, dahinter liegt ein Eiterherd, von dem aus ein Eitergang hinter dem Colon ascendens zum stumpfen Leberrand führt. Der letztere setzt sich fort in einen zwischen Wirbelsäule und rechter Pleurahöhle gelegenen Abscess.

Von Rassow wird über einen Fall von Leberabscess berichtet, bei dem die Perityphlitis völlig symptomlos verlaufen ist. Es handelt sich um einen 37jährigen Patienten, der plötzlich nachts mit Leibschmerzen erkrankt ist. Nach einer Woche stellten sich Schüttelfröste und starker Icterus ein. Die Untersuchung ergab eine Vergrösserung der Leber und der Milz. Erstere überragt den Rippenbogen um 7 cm. Tägliche Wiederholung der Schüttelfröste, Fieber zwischen 37 und 41°. Nach 4 Wochen erfolgt der Exitus. Die Diagnose konnte nicht sicher gestellt werden.

Die Sektion ergab einen Abscess in der Ileocoecalgegend, in welchem der perforierte Wurmfortsatz gelegen ist. Schwellung und kleine Eiterherde (bis Erbsengrösse) dem Ileocoecalstrang entlang bis zur Radix mesenterii, Phlebitis der Pfortader. Multiple Abscesse der Leber.

Einen ähnlichen Fall berichtet Lippstein. Ein 38jähriger Patient ist plötzlich mit heftigen Kolikanfällen erkrankt. Nach 10 Tagen treten Schüttelfröste ein und Schmerzen in der rechten Unterbauchgegend, sowie geringe Leberschwellung. Nach einigen Tagen beginnt der allmähliche Rückgang der Erscheinungen. Nach 5 Monaten abermaliger Eintritt von Schüttelfrösten und Fieber. Jetzt ist ein bis zur Spin. ant. sup. reichender Lebertumor zu konstatieren Trotz zweimaliger Operation tritt der Exitus ein. Die Sektion ergibt multiple Leberabscesse, sowie einen kleinen abgekapselten perityphlitischen Abscess. Ausserdem allgemeine Peritonitis, die jedoch mit der Perityphlitis nicht zusammenhängt.

Derselbe bringt noch einen zweiten Fall. In diesem treten im Anschluss an eine Perityphlitis Schüttelfröste,

Fieber, sowie die Zeichen eines subphrenischen Abscesses ein. Derselbe wurde nach vorausgegangener Probepunktion von hinten her eröffnet. Es konnte bei der Operation nicht entschieden werden, ob auch die Leber selbst an dem Abscesse beteiligt sei. Besserung trat nach derselben nicht ein, es kam zum Exitus. Die Sektion ergab das Vorhandensein von multiplen Leberabscessen.

In der oben erwähnten Arbeit von Loison über den Wert der Radioskopie für die Diagnose der Leberabscesse findet sich folgender Fall: Ein an Blinddarmentzündung Erkrankter wurde operiert, der Abscess an der typischen Stelle eörffnet, der Processus vermiformis konnte nicht gefunden werden. Zuerst trat Besserung ein, jedoch nach acht Tagen traten Schüttelfrost und Fieber auf, die nach Eröffnung eines Douglasabscesses zurückgingen. Normaler Heilungsverlauf, jedoch wird noch immer über Schmerzen in der rechten Brustseite geklagt. Zunehmende Verschlimmerung. Die Radioskopie ergibt nun eine beträchtliche Vorwölbung der rechten Zwerchfellkuppe und Unbeweglichkeit derselben bei der Atmung. Schliesslich kann auch eine Anschwellung der Leber konstatiert werden. Er wird nun incidiert, der Leberabscess eröffnet und drainiert. Zurückgehen der Beschwerden und Heilung.

Ein weiterer in Heilung ausgegangener Fall ist der folgende von Herzog.

Eine Patientin, die schon mehrere Monate vorher eine Blinddarmentzündung durchgemacht hatte, und seitdem noch immer über Schmerzen in der rechten Bauchseite geklagt hat, kommt wegen der Zunahme dieser Beschwerden wieder in Behandlung. Objektiv ist der Wurmfortsatz als Strang deutlich zu fühlen, die Leber überragt den Rippenbogen um mehrere Querfinger. Es besteht Fieber und starke Druckempfindlichkeit. Es wird schliesslich die Incision beschlossen. Dabei wird ein in der Leber gelegener Abscess eröffnet, aus dem sich ungefähr zwei Tassenköpfe Eiter entleeren. Die Heilung erfolgt dann ohne Störung.

Ein weiterer Fall von Herzog sei noch hier angereiht. Ein 24jähriger Mann erkrankte plötzlich mit Leibschmerzen und Erbrechen. Nach einigen Tagen treten Schüttelfröste und hohes Fieber auf. Die Leber und Magengegend ist sehr druckempfindlich. Nach zwei Wochen werden die Leibschmerzen viel heftiger und lokalisieren sich auf der rechten Bauchseite. Objektiv ist nur ein derber Strang, der von der Leber zur Spina zieht, zu fühlen. Nach einigen Tagen erfolgt der Exitus.

Die Autopsie ergibt einen fest eingedämmten Abscess in der Typhlongegend. Herein ragt der gangränöse Wurmfortsatz, der eine Perforationsöffnung zeigt. Eine weitere Perforation befindet sich im Coecum, dicht über der Bauhinischen Klappe. Die Pfortader ist mit einem Thrombus ausgefüllt. Eitrige Perihepatitis und multiple Leberabscesse.

Von Herzog sind noch die beiden folgenden Fälle veröffentlicht.

Ein 24jähriger Patient ist plötzlich nach einem Diätfehler mit Leibschmerzen und Erbrechen, sowie mit Stuhlverstopfung erkrankt. Die Untersuchung ergibt eine deutlich fühlbare Resistenz oberhalb des rechten Poupartschen Bandes. Nach 8 Tagen stellten sich noch Schüttelfröste und Icterus ein, Druckempfindlichkeit in der Lebergegend. Der Tod erfolgte plötzlich im Collaps.

Bei dem zweiten handelte es sich um eine 34jährige Patientin, die mit Fieber und Schmerzen in der Blinddarmgegend plötzlich erkrankt war. Zugleich treten auch starke Schüttelfröste, Fieber und Icterus auf. Die Untersuchung ergab nur eine deutliche Vergrösserung von Leber und Milz. Die Patientin kam zum Exitus. Die Sektion ergab eine gut abgegrenzte Abscessböhle, in die der perforierte Wurmfortsatz hineinragt. Ausserdem Infectionsmilz und multiple Leberabscesse.

Ein Fall, bei dem sich eine ausgedehnte Thrombose der Pfortader und ihrer Aeste nachweisen liess, stammt von Butters. Ein cand. med. ist plötzlich erkrankt mit

Schüttelfrost und Schmerzen um den Nabel herum, die sich später mehr nach der rechten Seite zu lokalisierten. Die Erscheinungen gingen zurück, doch stellten sich nach 5 Tagen von neuem wieder Temperatursteigerungen ein. Objektiv war ausser einer Schmerzempfindlichkeit am Mac Burney'schen Punkte nichts nachzuweisen. Leber und Milz sind normal. Bei dem Anhalten des Fiebers und dem zunehmend verschlechterten Allgemeinbefinden entschliesst man sich schliesslich zur Operation. Dieselbe ergibt jedoch nur einige kleinere Auflagerungen auf dem Wurmfortsatz und eine im Entstehen begriffene allgemeine Peritonitis. Nach 3 Tagen erfolgt der Exitus. Bei der Sektion fand sich eine ausgedehnte Thrombose der Pfortader und ihrer Aeste, Appendicitis simplex, sowie multiple kleine Abscesschen in der Leber.

Weiter sei der folgende Fall von Krogius erwähnt. Eine 39jährige Patientin, die schon lange über Schmerzen im Leib zu klagen hat, empfindet plötzlich eine bedeutende Verschlimmerung derselben. In der nächsten Nacht stellen sich Fieber, Schüttelfröste und Erbrechen ein; objektiv ist nur eine ziemliche Druckempfindlichkeit in der rechten Fossa iliaca festzustellen. Die Erscheinungen dauern an. Nach einer kurzen Zeit der Besserung folgt wieder Verschlechterung. Schliesslich kommt es zum Exitus.

Die Sektion ergibt eine abgeschlossene kleine Abscesshöhle, in der der Wurmfortsatz perforiert liegt. In den hinteren Partieen des rechten Leberlappens finden sich zahlreiche Abscesse.

Schliesslich seien noch zwei Fälle von Sonnenburg berichtet. Ein 41 Jahre alter Mann wurde am 30. Tage des 1. Appendicitisanfalles operiert. Der Abscess wurde eröffnet. Trotzdem ging derselbe nach kurzer Zeit an Marasmus zu Grunde. Es zeigte sich bei der Sektion, dass eine diffuse Peritonitis bestand, die von einem Eitersack zwischen Zwerchfell und rechtem Leberlappen ausging. Die Leberoberfläche war stark usuriert, und die Leber mit zahlreichen kleineren Abscesschen durchsetzt.

Im zweiten Falle handelt es sich um ein 9 Jahre altes Kind, das zum zweiten male an Perityphlitis erkrankt war. Es stellten sich Fieber, Schüttelfröste und Erbrechen ein, sowie äusserst heftige Leibschmerzen. Eine deutliche Resistenz an der typischen Stelle war nachzuweisen. Dortselbst wird eingegangen und der Abscess gespalten. Trotzdem besteht das Fieber weiter, Schüttelfröste und Leibschmerzen treten wieder auf. Die Leberdämpfung reicht sehr weit nach unten; dortselbst ist auch die grösste Schmerzhaftigkeit. Es wird nochmals operiert und ein subphrenischer Abscess gespalten, nachdem die Probepunktion positiv ausgefallen ist. Nach einigen Tagen Exitus. Die Sektion ergibt zahlreiche Abscesse in der Leber; die anderen Herde sind in der Heilung begriffen.

Werfen wir nun noch einen vergleichenden Blick auf das vor uns liegende Material, so finden wir folgendes:

Wir haben im ganzen 18 Fälle von Leberabscess, die durch eine Entzündung des Wurmfortsatzes hervorgerufen wurden. Von diesen gehören 9 der mehr chronisch, die übrigen 9 der akut verlaufenden Form des Leberabscesses an.

Diagnosticiert war die vorausgegangene Perityphlitis in 11 Fällen worden, in den anderen hatte sie sich nicht deutlich manifestiert.

In 15 Fällen war der erste Perityphlitisanfall schon derjenige, der zur Bildung von Leberabscessen führte, in zweien war schon ein Anfall vorausgegangen und in einem waren zwei Anfälle vorausgegangen.

Fieber, bald gleichmässig hoch, bald mehr remittierend, war in 16 Fällen vorhanden gewesen. Zwei hatten keine Fiebererscheinungen. Von ihnen war der eine an einer hypostatischen Pneumonie, der andere an allgemeinem Marasmus zu Grunde gegangen.

Schüttelfrost ist stets vorhanden gewesen. Dagegen fand sich Icterus nur in 5 Fällen.

Derselbe war dreimal sehr stark ausgesprochen, einmal nur gering, und einmal von wechselnder Intensität.

Der Icterus trat einmal sogleich mit dem Beginn der Erkrankung auf, in den übrigen Fällen kam er erst im Verlauf der Erkrankung hinzu, keinmal vor der zweiten Woche.

Schmerzhaftigkeit des Leibes fand sich gleichfalls in allen Fällen, doch waren die Schmerzen nicht immer an die typischen Stellen lokalisiert, sondern fanden sich über den ganzen Leib verteilt.

Erbrechen war nur in sieben Fällen aufgetreten.

In einem Fall war starke Stuhlverstopfung vorhanden, in einem anderen starke unaufhörliche Diarrhoen.

Intensive Kopfschmerzen waren ebenfalls in einem Falle vorhanden.

Eine deutliche Lebervergrösserung war nur 11 mal zu konstatieren.

Milztumor (Infectionsmilz) wurde 6 mal konstatiert.

Operiert war der Kranke wegen des Leberabscesses in 9 Fälllen worden; von diesen 9 gehörten 4 der akut, 5 der chronisch verlaufenden Form an. Von den Operierten sind nur drei zur Heilung gekommen, die übrigen starben. Von den nicht Operierten kam kein Fall zur Heilung.

Die vorausgegangene und diagnosticierte Perityphlitis war operiert worden in vier Fällen. Zur definitiven Heilung ist von diesen vier Fällen nur einer gekommen.

Zur Sektion kamen von den 15 Gestorbenen 14. Von diesen 14 hatten 13 multiple Abscesse, nur einer zeigte einen einzigen grossen Leberabscess.

Wie wir also aus diesem Ueberblick ersehen, ist die Prognose der Leberabscesse eine äusserst ungünstige. Von 18 aufgeführten Fällen sind nur 3 in Heilung ausgegangen. Und wenn wir uns nun die Frage vorlegen: „Ist denn hierin keine Besserung zu erzielen?“, so werden wir uns antworten müssen: Kaum.

Die meisten der angeführten Fälle waren operiert. Trotzdem ist in der grossen Mehrzahl der Exitus eingetreten. Nur in den wenigen Fällen, in denen es sich um einen solitären Abscess handelte, konnte die Operation

Rettung bringen. Dies ist natürlich in den meisten Fällen nicht vorher zu erkennen; deshalb wird unsere Therapie in allen Fällen, in denen das Vorhandensein von Leberabscessen nachgewiesen ist, immer wieder in der möglichst frühzeitigen Operation bestehen müssen, um so wenigstens den Kranken, bei denen es sich um einen solitären Abscess handelt, Rettung zu bringen.

Die fruchtbringendste Tätigkeit bei den Leberabscessen, die mit Perityphl. in Zusammenhang stehen, wird jedoch hauptsächlich die prophylaktische sein. Prophylaktisch insofern, als wir das Entstehen von Leberabscessen bei Appendicitis, soweit es in unserer Macht steht, zu verhindern suchen. Dies ist natürlich nur möglich bei den Fällen, bei denen sich die Blinddarmentzündung wirklich dokumentiert. Und diese Prophylaxe kann zweifellos nur die Frühoperation sein. Je eher der Abscess entleert wird, desto geringer ist die Gefahr einer Verschleppung von Keimen in die Venen und sekundär in die Leber. Selbst bei grundsätzlicher Frühoperation allerdings wird das Entstehen von Leberabscessen nicht gänzlich aus der Welt geschafft werden können.

Zum Schlusse bleibt mir noch die angenehme Pflicht, Herrn Dr. Karl Koch in Nürnberg für die gütige Ueberlassung der Arbeit, sowie Herrn Prof. Dr. Graser in Erlangen für die freundliche Uebernahme des Referates meinen besten Dank auszusprechen.

Auch danke ich beiden Herren für die mir bei der Abfassung vorliegender Arbeit in gütiger Weise gewährte Anleitung und Hilfe.

Literatur.

Strümpell: Lehrb. d. spez. Path. u. Therap. der inneren Krankheiten.

Schmaus: Grundriss d. pathol. Anatomie.

König: Lehrbuch der spez. Chirurgie.

Tillmanns: Lehrbuch d. spez. Chirurgie.

Langenbuch: Chirurgie d. Leber u. Gallenblase.

Dieulafoy: Semaine medicale, 98, 56.

Edwards u. Water: Pacific. med. journ. 1892.

Sevenin: Chirurg. Annal. 1894.

Friedmann: Ueber Leberabscesse, Inaug. Diss. Freiburg 1896.

Buhl: Zeitschr. f. rat. Med. N. F. IV. 3. 1854.

Aufrecht: Berl. klin. Wochenschr. 1869, No. 29.

Breis: Wien. med. Presse 1869, No. 50 u. 81.

Reinhold: Fälle von Leberabscess nach veralteter, völlig latent verlaufener Perityphl. u. nach Duodenalgeschwür, wahrscheinl. durch einen Gallenstein hervorgerufen, Münch. med. Woch. 1887, No. 34, 35.

Herzog: Cas. Beitr. z. Chir. d. Leb. u. Gallenwege (Leberabsc.), d. Zeitschr. f. Chir., Bd. 41.

Bettelheim: „Ein Fall von Pankreascarcinom — Ein Fall von Leberabscess — Bemerk. über chir. Eingriffe bei int. Erkrank.“ D. Archiv f. klin. Med. 1889, Bd. 45.

Fränkel: Ein Fall von Leberabscess im Gefolge v. Cholelithiasis. D. med. Wochenschr. 1891, No. 48.

Körte: Ueber die chir. Behandl. d. Leberabscesses. Berl. klin. Woch. 1892, No. 32.

Rassow: Z. Aetiol. d. Leberabsc., Inaug.-Diss. Greifswald 1895.

Lippstein: Beitr. z. Cas. d. Leberchir., Inaug.-Diss., Heidelberg 1899.

Morton: Pyaem. absc. of the liver ducto suppur. Append. Remove of Append. and drainage of liver absc., recovery. Bristol med. chir. journ. 1897 Dez.

Loison: Bull. et. mem. de la soc. de chirurg. 1900, No. 2.
Sonnenburg: Path. u. Ther. d. Perityphl. 1900.
Krogius: Ueber die vom Proc. vermif. ausgehende diffuse eitr. Periton.
Herzog: Die Perityphl. vom chir. u. int. Standpunkt beurteilt, deutsch. Zeitschr. f. Chir., Bd. 46.
Butters: Ausgedehnte Thrombose d. Pfortader u. ihrer Aeste bei Appendic., Festschrift f. Hofrat Göschel.